

DEMANDE D'EXAMEN ÉCHOGRAPHIE IMAGERIE MÉDICALE

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL

Provenance de la demande

☐ Hospitalisée ☐ Urgence ☐ Externe

Mobilité

☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant
☐ Civière ☐ Lit
☐ Chevet

Lieu de l'examen

☐ Première disponibilité
☐ HEJ ☐ HSFA ☐ HDQ ☐ HSS ☐ CHUL
☐ HSFA GYNÉCO

Précautions additionnelles : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser : ☐ Aériennes ☐ Gouttelettes/contact ☐ Contact ☐ Contact renforcées ☐ Autres _____

Niveau de priorité du MSSS (OBLIGATOIRE) : ☐ A (0-3 jours) ☐ B (4-10 jours) ☐ C (11-28 jours) ☐ D (moins de 3 mois)

☐ Contrôle (aaaa/mm/jj) : ____/____/____

ÉCHOGRAPHIE(S) DEMANDÉE(S) :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Abdominale
☐ Abdominale pelvienne surface
☐ Pelvienne
☐ Rénale
☐ Testiculaires
☐ Autres : _____ | ☐ Abdominale pelvienne
☐ Face et cou
☐ Thyroïde
☐ Pelvienne surface
☐ Sein ☐ D ☐ G
☐ Hystérosonographie | ☐ Surface : _____
☐ Musculo-squelettique(MSK): _____
☐ Infiltration MSK : _____
☐ Biopsie : _____
☐ *Ponction : _____ |
|--|--|--|

*Analyses de laboratoire à compléter pour PONCTION ID clinique

DOPPLER

- ☐ Artériel M.I. ☐ D ☐ ☐ Artériel M.S. ☐ D ☐ G
☐ Veineux M.I. ☐ D ☐ ☐ Veineux M.S. ☐ D ☐ G
-
☐ Carotides ☐ Veineux cervical/jugulaire
☐ Artère rénale ☐ Hépatique
☐ Greffon rénal

☐ Mésentérique
Mapping veineux ☐ M.I. ☐ D ☐ G / ☐ M.S. ☐ D ☐ G

☐ Pontage abdominal (inclus doppler artériel fémoral)

☐ Pontage périphérique : _____
☐ Autre : _____

- ☐ BKX1 Mycobacterium : Culture
☐ LIQBI Liquide bio; Culture aérobie et anaérobie
☐ PUSP Plaie; Culture
☐ PUPRA Pus profond; Culture aérobie et anaérobie
☐ CMYC1 Champignon; Culture
☐ PCRTB Mycobacterium
☐ Autre : _____
☐ Cytologie
☐ Ponction lombaire: Remplir CQ1457

- ☐ GLUBI Glucose; Liquide biologique
☐ LDBI Lactate déshydrogénase; Liquide biologique
☐ PHBI pH; Liquide biologique
☐ TPBI Protéines; Liquide biologique
☐ TRIBI Triglycérides; Liquide biologique

- ☐ Albumine
☐ ALBBI Albumine; Liquide biologique
☐ ALBPE Albumine; Liquide péritonéale
☐ AMYBI Amylase; Liquide biologique
☐ AMYPC Amylase; Liquide péricardique
☐ AMYPL Amylase; Liquide pleural
☐ BILBI Bilirubine
☐ CHOB1 Cholestérol; Liquide biologique
☐ Décompte cellulaire- Liquide biologique :
☐ CYNBA LBA
☐ CYNLC LCR
☐ CYNPC Liq. Péricardique
☐ CYNPE Liq. Péritonéal
☐ CYNYS Liq. Synovial
☐ CYNBL Liq. bio autre
☐ Décompte cellulaire-Liquide pleural
☐ CYNPL

PÉDIATRIE SEULEMENT

- ☐ Colonne (4 mois de vie et moins) ☐ Trans-fontanelle
☐ Hanches (entre 6 semaines à 4 mois, âge corrigé)
DPA DE LA MÈRE OBLIGATOIRE (aaaa/mm/jj): ____/____/____

INDICATION(S) CLINIQUE(S):

MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

c. c. : _____ Heure (hh:mm) : ____:____